

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 47

DE LA

PLEURÉSIE SYPHILITIQUE

DE LA PÉRIODE SECONDAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 juillet 1894

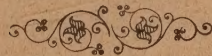
PAR

Georges MONTSERET

Né à Montpellier (Hérault)

AIDE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUS, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1894

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET, Doyen.

CARRIEU, Assesseur.

Professeurs.

MESSIEURS :

Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL *.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obst. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER *.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN *.
Anatomie.	PAULET (O. * ✕).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des mal. ment. et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT.
Botan. et Hist. Nat. méd.	GRANEL.
Opérations et appareils.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.	VILLE.
Physiologie. HÉDON (ch. de c.)	N...
Pathologie int. RAUZIER (ch. de c.)	N...

Chargés de Cours complémentaires :

Clinique annexe des maladies des enfants..	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique annexe des mal. syphilit. et cutan.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
SERRE.	SARDA.	RAUZIER.
BAUMEL.	ESTOR.	LAPEYRE.
GERBAUD.	HÉDON.	MOITESSIER.
GILIS	LECERCLE.	
BROUSSE.	DUCAMP.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse :

MM. GRASSET, président.
CARRIEU, professeur.
BROUSSE, agrégé.
RAUZIER, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

G. MONTSERET.

A tous mes maîtres de la Faculté de Médecine
de Montpellier

G. MONTSERET.

À mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GRASSET

G. MONTSERET.

INTRODUCTION

Dans le courant du mois de janvier 1893, M. le professeur agrégé Brousse attira notre attention sur un malade de sa clinique, présentant, au cours de la période secondaire d'une syphilis de date récente, des accidents du côté de la plèvre et des articulations, qu'il crut pouvoir rattacher à l'infection syphilitique. Cette opinion ayant été ultérieurement confirmée par l'évolution de ces accidents et leur disparition rapide sous l'influence du traitement spécifique, nous résolûmes d'approfondir la question.

Nous apprîmes alors, par des recherches bibliographiques, que certains auteurs, notamment Chantemesse et Vidal, avaient déjà signalé des cas de pleurésie syphilitique à la période secondaire, qu'ils différenciaient absolument des pleurésies se rapportant aux pneumopathies de la période tertiaire.

La reproduction de deux faits de même ordre survenus cette année dans le même service de M. Brousse nous remit en mémoire cette question, et, dès lors, sur les conseils de notre maître, nous n'hésitâmes pas à faire les recherches nécessaires pour tirer au clair cette forme spéciale de pleurésie et en consigner les résultats dans notre thèse inaugurale.

Notre travail était à peine commencé que nous eûmes la bonne fortune de voir paraître de nouvelles observations se rapportant absolument à notre sujet et publiées par des auteurs qui avaient eu aussi leur attention éveillée par les premières communications de Chantemesse et Vidal.

Il n'en fallait pas davantage pour nous encourager dans notre œuvre, et nous décidâmes, dès lors, de grouper en un seul faisceau toutes les observations qui avaient été publiées, de façon à bien mettre en relief l'existence de la pleurésie syphilitique.

Nous n'avons pas la prétention d'écrire ici un chapitre nouveau de pathologie syphilitique ; notre but, beaucoup plus modeste, consiste seulement à attirer l'attention sur une affection encore peu connue et d'étude toute nouvelle, mais dont la réalité ne peut dès maintenant être mise en doute.

Pour atteindre ce but, nous avons systématiquement rejeté le côté théorique pour envisager cette étude uniquement au point de vue clinique, laissant les faits parler d'eux-mêmes.

Nous avons été ainsi tout naturellement conduit à adopter pour notre travail la division suivante :

Dans un premier chapitre, nous donnerons un aperçu général et historique de la question; puis, dans le second chapitre, nous entrerons directement dans l'examen des faits cliniques, c'est-à-dire que nous analyserons séparément les observations présentant un intérêt particulier, groupant ensemble celles qui ont des caractères communs.

Après avoir ainsi soigneusement épluché tous ces faits, nous tenterons, dans les chapitres suivants, une ébauche de description d'ensemble, de symptomatologie, diagnostic, pathogénie, et enfin, après avoir indiqué le traitement à suivre, nous terminerons par des conclusions aussi nettes et aussi précises que nous l'aura permis l'interprétation impartiale des faits cliniques.

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, d'exprimer toute notre reconnaissance à notre maître, M. le docteur Brousse, qui, depuis le commencement de nos études médicales, n'a cessé de nous témoigner la plus grande amitié et à qui nous

sommes redevable de notre instruction dans le domaine des affections dermatologiques.

Nous devons encore le remercier de nous avoir fourni le sujet de notre thèse ; ses indications et ses conseils nous ont été d'un précieux secours dans la composition de ce travail.

Tous nos maîtres de la Faculté ont également droit à notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous ont toujours témoignée.

Nous devons remercier tout particulièrement M. le professeur Forgue qui a largement contribué à faire notre éducation chirurgicale pendant les deux ans que nous avons été son préparateur.

M. le professeur Grasset a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, c'est pour nous un honneur que nous ne saurions oublier. Qu'il nous permette de lui exprimer notre vive gratitude et notre respectueux attachement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PLEURÉSIE SYPHILITIQUE

DE LA PÉRIODE SECONDAIRE

CHAPITRE I

Aperçu général et historique

L'étude des manifestations pleurales de la syphilis, à la période secondaire, quoique de date récente, semble devoir prendre, dans un avenir prochain, une importance toute particulière.

Jusqu'à présent, le nombre des cliniciens qui ont eu leur attention attirée vers ce genre de lésions est des plus restreints, et cependant, les observations qu'ils ont publiées, quoique peu nombreuses, n'en sont pas moins fort intéressantes.

Ces observations viennent, en effet, jeter un jour tout nouveau sur la symptomatologie de la syphilis secondaire, à laquelle on ne rattachait ordinairement que des lésions superficielles, les lésions viscérales étant le propre de la phase tertiaire, et ne se produisant, le plus souvent, qu'à une période assez avancée de la maladie.

C'est ainsi que les lésions de la plèvre, en général peu étudiées du reste, ont toujours été considérées comme secondaires à des lésions d'organes voisins, et ce n'est même que depuis 1889 que, grâce aux travaux de M. le professeur Dieulafoy, la lumière s'est faite sur les rapports intimes de la pleurésie avec la syphilis du poumon.

Mais la syphilis pleurale pure, essentielle, séro-fibrineuse, n'a jamais été décrite avant ces derniers temps, et c'est en vain que nous en avons cherché même un indice dans les traités de pathologie interne et de syphiligraphie.

Il nous faut arriver en 1890 pour voir *Chantemesse et Vidal* signaler les deux premiers cas de pleurésie syphilitique, à laquelle ils donnèrent à juste titre la dénomination de *pleurésie syphilitique du stade roséolique*, lui attribuant ainsi un caractère spécial.

L'année suivante, en août 1891, *Chantemesse* publia, dans le *Bulletin médical*, une clinique dans laquelle il rapportait trois nouveaux cas semblables.

Les praticiens, mis en éveil par ces communications, portèrent leur attention de ce côté, et peu après, *Talamon*, en septembre 1891, fit connaître deux nouveaux cas, et, vers la même époque, *Preetorius* en publiait un autre dans les *Annales de la Société médicale d'Anvers*.

Mais tous ces faits restaient isolés et ne pouvaient convaincre tous les cliniciens qui, tout en admettant la possibilité de pareilles lésions, ne pouvaient se défendre d'un scepti-

cisme injustifié, et ne trouvaient dans les faits signalés qu'une simple coïncidence.

C'est ainsi que Lancereaux écrivait dans l'*Union médicale* :
« La pleurésie syphilitique n'est jamais une pleurésie purement exsudative comme pourraient le faire croire plusieurs communications faites à la Société médicale des hôpitaux, dans lesquelles on attribue à la syphilis des pleurésies ordinaires sans aucun caractère propre, sous prétexte qu'elles apparaissent au cours d'une éruption secondaire... »

Rochon, en 1893, fit, à l'occasion de sa thèse inaugurale, un travail d'ensemble sur la pleurésie syphilitique à toutes les périodes et sous toutes ses formes, et consacra un chapitre spécial aux pleurésies du *stade roséolique*, qu'il appela pleurésies syphilitiques essentielles, précoces, où il réunit les huit observations parues à cette époque, auxquelles il en ajouta deux personnelles.

Le professeur Dieulafoy, dans la nouvelle édition de son Manuel de pathologie interne, en 1894, admit les faits signalés et, dans le chapitre consacré à la syphilis du poumon et de la plèvre, dit :

« La pleurésie syphilitique peut s'observer aux périodes secondaire et tertiaire de la syphilis. La pleurésie de la période secondaire paraît exister indépendamment des lésions pulmonaires ; elle est contemporaine des syphilides muqueuses et cutanées ; elle paraît céder facilement au traitement spécifique (1) ».

Depuis le travail de Rochon, le nombre des observations s'est accru dans de notables proportions, puisque, à l'heure actuelle, nous en possédons neuf de plus, qui ont été publiées par Ferrand, Lyon, Raynaud, Casset, et enfin par Chantemesse qui, depuis sa première communication, n'a cessé de

(1) Dieulafoy. — Man. de path. int., 1894, p. 361.

poursuivre cette étude, et dont la dernière clinique, parue récemment dans la *Presse médicale*, mentionne deux nouveaux cas. Si nous ajoutons nos trois observations inédites, recueillies à l'hôpital Saint-Eloi, dans le service de M. le D^r Brousse, nous arrivons à un total de 19 observations.

En présence de cette série de documents, il nous semble bien difficile de nier l'existence d'une pleurésie syphilitique essentielle, et Lang, qui, en 1886, écrivait que « la pleurésie » syphilitique, primitive et indépendante de la syphilis des » poumons semble n'être qu'une exception très rare », se trouve, ainsi que Lancereaux, contredit par les faits.

Nous considérons donc comme réelle l'existence de la pleurésie syphilitique à la période secondaire.

Nous n'avons pas cependant la prétention d'aller plus loin que M. Chantemesse, car, malgré que nous soyons en présence d'observations précises et de faits indéniables, il nous manque encore des éléments de certitude absolue que, seules, pourraient nous fournir l'anatomie pathologique et la bactériologie. Malheureusement il n'a pas encore été possible de vérifier directement la nature des lésions produites, et, d'autre part, l'étude bactériologique de la syphilis est, à l'heure actuelle, impuissante à nous donner les éléments complémentaires de diagnostic pathogénique.

Aussi est-ce à la clinique que nous en sommes réduit à demander les éclaircissements nécessaires à notre sujet, et nous pensons que l'observation attentive des faits soumis à notre examen pourra suffire amplement pour mettre en évidence des faits qui, nous l'espérons, pourront être confirmés plus tard soit par des observations plus nombreuses, soit par des moyens d'investigation plus précis.

En attendant, et pour rester sur notre terrain d'observation, nous allons citer dans leurs détails les différentes formes

sous lesquelles s'est présentée la pleurésie syphilitique. Pour mieux faire ressortir leurs caractères, nous les avons groupées en pleurésies sèches ou avec épanchement, évoluant sans complications broncho-pulmonaires ou autres. Nous avons ensuite signalé des types de formes insidieuses, puis des types de formes compliquées d'autres accidents et d'état général grave, et nous avons gardé pour la fin l'observation qui a été le point de départ de notre étude et qui présente un intérêt particulier en raison des localisations séreuses, pleurales et articulaires.

CHAPITRE II

Exposé clinique

Les quatre premières observations que nous citons ci-après ont trait à des pleurésies de moyenne intensité, qui ne s'accompagnent d'aucun phénomène particulier en dehors des premières poussées cutanées et muqueuses. Nous pouvons les considérer comme les types ordinaires de la pleurésie syphilitique. C'est, en effet, sous cette forme qu'elle se présente le plus souvent dans les trois premiers mois de l'infection, en même temps que des poussées du côté de la peau et des muqueuses, et avec les allures d'une pleurésie ordinaire évoluant rapidement et d'une façon assez bénigne.

Observation I

(Chantemesse et Vidal)

Femme de 45 ans, entrée à l'hôpital le 20 février 1890. A son dire, les premiers accidents syphilitiques auraient apparu au milieu de janvier.

Elle est prostrée, avec de la fièvre, ne peut parler qu'à voix basse et paraît en proie à une maladie infectieuse aiguë. On constate la présence d'une roséole syphilitique généralisée et des plaques muqueuses dans la bouche.

A l'auscultation, signes très nets d'une pleurésie sèche à la base du poumon gauche. Sur un espace qui mesurait la largeur de la main, depuis la colonne vertébrale jusqu'au milieu de la ligne axillaire, on entendait aux deux temps de la respiration des frottements très nets qui ne se modifiaient pas par la toux provoquée. Un traitement énergique fut institué avec frictions mercurielles à l'extérieur et iodure de potassium à l'intérieur.

En même temps que la température s'abaissait, les éruptions s'effaçaient et les signes de pleurésie disparurent, si bien que la malade quittant l'hôpital, au commencement d'avril, la plèvre paraissait avoir retrouvé son intégrité.

Observation II

(Chantemesse)

O. H..., âgée de 19 ans, domestique, est atteinte d'un chancre infectant à la vulve, à la fin janvier 1891. Un mois plus tard, malaise, fièvre, douleurs de la gorge, toux. Au bout de

quelques jours, douleur vive dans le côté gauche de la poitrine ; la malade est obligée de garder le lit, les quintes de toux sont très pénibles.

Le séjour au lit dure quinze jours, après lesquels la fièvre a disparu, mais la toux et la douleur thoracique persistent et la malade demande son admission à l'hôpital.

Le 12 juin, elle présente encore des plaques muqueuses à la vulve, à l'isthme du gosier, au pharynx ; la voix est un peu voilée. La malade se plaint de tousser ; elle éprouve de la gêne respiratoire, des douleurs thoraciques et une grande faiblesse.

L'examen de la poitrine laisse reconnaître : à la percussion, légère submatité dans la région postérieure gauche de la poitrine, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base du poumon ; à l'auscultation, frottements pleuraux aux deux temps de la respiration à gauche ; quelques râles sous-crépitants.

Observation III

(Chantemesse)

Jeune fille de 19 ans. Au commencement d'avril 1891, chancre de la grande lèvre gauche. A la fin du mois, éruption de syphilides papuleuses ; angine intense avec plaques muqueuses de la gorge ; malaise, inappétence. La malade rentre à l'hôpital le 16 mai ; elle est soumise au traitement spécifique.

Vers la fin du mois de mai, la malade ressent dans le côté droit de la poitrine une légère douleur qui augmente peu à peu et qui, tout d'abord, ne provoque pas de fièvre.

3 juin. — Malaise, frissonnements, perte d'appétit ; la douleur thoracique est un peu plus vive. T. du soir, 37°,8.

4 juin. — T. du matin, 38°,8 ; du soir, 39°. Les symptômes de la veille sont plus nettement accusés. A la percussion, submatité à la base droite ; à l'auscultation, diminution du murmure respiratoire.

5 juin. — T. du matin, 38°,2 ; soir, 39°. Même état.

6 juin. — T. du matin, 39° ; soir, 40°,3. Signes d'un léger épanchement ; vésicatoire sur la région douloureuse.

7 juin. — Le point de côté a diminué. T. du matin, 38°,2 ; du soir, 39°,3.

8 juin. — T. matin, 37°,8 ; soir, 38°,5. Les signes physiques s'effacent peu à peu ; l'épanchement est en voie de résorption.

9 juin. — T. du matin, 38°,2 ; soir, 38°,8.

10 juin. — T. du matin, 38°,1 ; soir, 38°,7.

11 juin. — T. matin, 37°,3 ; soir, 37°,5.

15 juin. — La température est normale ; la poussée fébrile due à la pleurésie a donc duré sept jours. On trouve sur le corps des taches arrondies, brunâtres, d'une spécificité non douteuse. La sonorité est revenue à la base droite. Les signes fournis par l'auscultation des bases droite et gauche des poumons n'offrent pas de différences.

Observation IV

(Docteur P. Casset. — Résumée).

Le 20 mars dernier, je voyais le jeune X..., âgé de 13 ans, pour une douleur violente du côté gauche du thorax, et qui l'empêchait de respirer. Depuis une huitaine de jours environ, la douleur ne faisait qu'augmenter, malgré un vésicatoire appliqué par la mère, *proprio motu*. Un peu de fièvre, du malaise et de l'anorexie avaient marqué le début de cet état.

Après avoir ausculté le petit malade, tout en l'examinant

et en l'interrogeant dans le désir de dépister l'étiologie de cette pleurésie (car j'avais bien affaire à une pleurésie : légers frottements, submatité en bas et en arrière, affaiblissement des vibrations vocales), mon attention fut vivement attirée par de petites plaques de calvitie en clairières, placées sur les côtés de la tête.

Ce fut comme un trait de lumière — pleurésie-syphilis — je me rappelais, en effet, avoir lu de semblables observations.

Cette chute des cheveux avait été remarquée par la mère; mais, grâce «à une de ces excellentes préparations sozicomés», la chevelure repoussait avec un nouvel essor.

De plus, deux mois auparavant, des taches rougeâtres avaient été très nettement vues sur le corps.

L'enfant se plaignait aussi de la gorge et avait des plaques muqueuses du pharynx.

Donc, pas de doute, j'étais en présence d'une syphilis acquise, et l'étiologie de cette pleurésie, à laquelle je ne trouvais pas de cause plausible, se révéla ainsi à mes yeux. Voulant avoir le cœur net de ce cas si intéressant, l'auteur, en examinant attentivement l'enfant, finit par découvrir un superbe chancre anal qui s'accompagnait d'une adénopathie inguinale caractéristique.

Il est inutile d'ajouter que notre petit malade fut guéri dans 5 jours de sa douleur thoracique, grâce au traitement hydrargyrique, alors que le vésicatoire de la famille n'avait pas même amené le plus léger soulagement. Les symptômes de la pleurésie s'effacèrent également peu à peu.

Les signes stéthoscopiques ne laissent ici aucun doute sur la réalité de l'inflammation pleurale qui, dans ces quatre cas,

est survenue à la période de début des accidents secondaires et en même temps que ceux-ci. Chez ces malades, l'évolution a été de courte durée et le traitement spécifique s'est montré efficace à la fois contre la pleurésie et contre les autres accidents cutanés.

FORMES A POUSSÉES SUCCESSIVES

Observation V

(Chantemesse)

G..... M....., âgée de 24 ans. En janvier 1891, éruption sur le corps et sur le cuir chevelu de boutons croûteux qui ont laissé des taches brunâtres et des cicatrices qui, au 16 juin, sont encore caractéristiques.

31 janvier.— La malade, souffrant beaucoup de la gorge et ne pouvant manger, entre à l'hôpital de Versailles. On la soumet au traitement par le sirop de Gibert.

10 février.— Surviennent des frissons, un point de côté, de la toux et même une légère hémoptysie.

Au bout de quelques jours, dit la malade, la fièvre atteint 40°. Suppression du traitement spécifique. La patiente est soignée par le sulfate de quinine et un vésicatoire placé à la base du poumon droit, sur la ligne axillaire.

A la fin de février, la malade est assez remise pour se lever et recommencer à prendre des bains.

10 mars.— Nouvelle poussée de fièvre et de douleur, dans le côté. G..... est obligée de garder le lit encore quinze jours. Nouvelle application d'un vésicatoire, dont on voit la trace au niveau de l'omoplate du côté droit.

16 juin.— La malade présente de nombreuses traces de syphilides sur le tronc et la face. Tout signe de pleurésie a disparu.

Observation VI

(Inédite)

D... Isabelle, bonne de café, 22 ans, entre à la clinique dermatologique, salle Ambroise Paré, le 7 avril 1894, pour accidents syphilitiques, caractérisés par des papules ano-vulvaires et une adénite inguinale bilatérale. Pas de trace de chancre ni de renseignements à son sujet. La voix est rauque et l'examen de la gorge montre les amygdales hypertrophiées, les piliers de l'isthme du gosier rouges, mais pas de plaques muqueuses.

L'état de la dentition le permettant, la malade est soumise au traitement par les pilules de sublimé et tannin (formule du D^r Brousse); un gargarisme chloraté, et comme topique pour les plaques ano-vulvaires, liqueur de Labarraque et poudre de calomel.

17 avril. — La malade se plaint de coliques et de diarrhée, qu'elle attribue aux pilules. On suspend celles-ci et on prescrit une potion avec X gouttes de laudanum et 3 gr. de salicylate de bismuth.

21 avril. — Toutes coliques ayant cessé, on reprend le traitement mercuriel en remplaçant les pilules de sublimé par les pilules de gallate de mercure.

26 avril. — A la visite, la malade se plaint d'un point de côté à droite. Elle tousse beaucoup depuis quelques jours et expectore des crachats muqueux. Elle accuse, en outre, une dyspnée intense. On l'ausculte et on trouve de la matité à droite et de l'obscurité respiratoire, mais les vibrations sont conservées. T. = 37°,2.

On ordonne le séjour au lit, le régime lacté et, comme tisane, du thé au rhum. → 10 ventouses sont appliquées sur le côté droit en arrière. On suspend les pilules de gallate.

27 avril. — La malade présentant des phénomènes gastriques, on prescrit ipéca, 1 gr. 20. — La malade s'en trouve légèrement améliorée et se lève le lendemain, quoique incomplètement remise.

30 avril. — La malade étant constipée, la langue blanche, on prescrit sulfate de soude, 40 gr. — Cette femme reste levée toute la journée et se fatigue imprudemment en s'amusant avec ses compagnes.

5 mai. — A la visite, nous la trouvons couchée, très oppressée, à demi-assise, le tronc relevé par des coussins. Elle halète, et cette fois se plaint très vivement du *côté gauche*, toux sèche, sans expectoration.

La percussion dénote une matité absolue à la base gauche en arrière et en avant sur une hauteur de quatre doigts environ. Les vibrations sont presque complètement abolies à ce niveau. A l'auscultation, on ne perçoit le murmure vésiculaire que dans la partie supérieure du poumon gauche, en arrière, où la respiration est soufflante. T. s. = 39°5.

On diagnostique un épanchement à gauche, assez abondant, et on prescrit une potion avec rhum et acétate d'ammoniaque, un vésicatoire de 8 à 10 cent. en arrière, et deux pilules de gallate de mercure.

6-7 mai. — L'oppression diminue progressivement, mais la malade se plaint toujours de son point de côté. L'examen de la poitrine dénote en avant de la matité et de l'obscurité respiratoire, sauf dans les fosses sous-claviculaires, où la respiration est légèrement soufflante et où la percussion donne de l'hyperpersonorité. T. m. 38°8; T. s. 38°6.

8 mai. — L'auscultation du cœur est difficile, mais il semble que ses battements soient un peu irréguliers. On adjoint au traitement une potion avec infusion de digitale et des ventouses pour diminuer l'oppression qui a repris. T. 37°4. La fièvre est tombée.

10 mai. — Plus de fièvre. Matité dans les 2/3 inf. gauches en arrière. Abolition complète des vibrations. Egophonie et un peu de pectoriloque aphone.

Comme la malade n'a pas eu de selles depuis quelques jours, on prescrit 30 gr. de sulfate de soude.

On supprime la potion de digitale et les pilules, qu'on remplace par des frictions dans l'aine avec onguent napolitain, et une potion avec 20 gr. d'iodure de potassium dans 300 gr. de sirop d'écorces d'oranges amères.

11 mai. — Vibrations abolies au 1/3 inf. droit et au 1/4 inf. gauche. Submatité légère en avant jusqu'au sommet. En arrière, les signes de l'épanchement persistent. En avant, respiration rude; en arrière, obscurité respiratoire et frottements sur toute la hauteur. M. Brousse prescrit une application de teinture d'iode en avant et à gauche.

Le cœur est normal, non dévié, mais les bruits sont mal frappés, il semble même qu'il y ait souffle râpeux au 1^{er} temps.

14 mai. — Les vibrations ne sont pas encore revenues, mais la matité est moins étendue. L'obscurité respiratoire persiste encore un peu. L'égophonie a diminué. L'épanchement diminue. La malade demande à se lever.

18 mai. — La malade vient à la visite. Sous l'influence du traitement, les plaques vulvo-anales ont presque disparu. L'examen thoracique dénote encore un peu de matité à gauche et une légère submatité à droite. A l'auscultation : obscurité presque complète à la base gauche avec légère égophonie, mais le murmure vésiculaire est revenu au-dessus. Frottements très nets à droite, un peu d'obscurité et quelques frottements à gauche, mais pas d'égophonie.

21 mai. — Amélioration continue. La matité de la base gauche est devenue submatité sur une hauteur de 2 doigts.

Ailleurs, la sonorité et les vibrations reparaissent. Encore quelques frottements en arrière à gauche.

Le souffle du 1^{er} temps, que nous avons découvert le 11, persiste, mais est moins rude et a les caractères du bruit de cuir froissé. Il ne se propage pas le long des gros vaisseaux et semblerait être un bruit extra-cardiaque dû peut-être à un peu de péricardite sèche.

On constate une hypertrophie notable de la rate.

Même traitement par les frictions et l'iodure.

Les jours suivants, l'amélioration s'accroît, l'épanchement disparaît complètement, les fausses membranes semblent devoir se résorber, et il ne reste plus à la base gauche qu'une diminution de la sonorité et des vibrations avec quelques frottements.

La malade sort complètement guérie le 30.

Ces deux observations présentent une particularité digne de remarque. C'est que, chez ces deux malades, la pleurésie s'est faite par poussées successives. En deux poussées de pleurésie sèche chez la première, elle s'est manifestée chez la seconde, sous la forme sèche la première fois, et avec épanchement quelques jours après de l'autre côté du thorax, en même temps que le côté primitivement lésé revêtait les caractères d'une nouvelle poussée inflammatoire sèche.

PLEURÉSIES A DÉBUT BRUYANT AVEC ÉPANCHEMENT

Observation VII

(Rochon)

Femme, âgée de 24 ans, entre, le 24 mai 1890, à Saint-Louis. Elle est atteinte de syphilis secondaire.

La malade ne s'est pas aperçu de l'accident primitif, mais il reste encore l'œdème de la grande lèvre droite et une légère cicatrice perdue au milieu de nombreuses plaques muqueuses vulvaires.

Sur le corps, éruption papuleuse datant d'une quinzaine de jours; croûte sur le cuir chevelu.

Rien dans la bouche; le pharynx est rouge, sans plaques muqueuses, mais la malade se plaint de douleurs dans les oreilles. Céphalalgie nocturne; tous les ganglions sont tuméfiés, la rate présente une matité de quatre travers de doigt sur la ligne axillaire.

On donne une cuillerée à soupe de solution simple, c'est-à-dire de liqueur de Van Swieten, moins l'alcool.

20 mai. — Depuis deux ou trois jours, malaise, perte d'appétit, on donne une purgation.

21 mai. — Hier soir, douleur intense dans le côté droit de la poitrine, douleur en demi-cercle répondant aux attaches diaphragmatiques. Température, hier soir, 39°; ce matin, 38°,5: frissons se répétant pendant toute la nuit, la percussion donne une submatité légère à ce niveau.

Le foie n'est pas augmenté de volume, il n'est pas douloureux à la pression. Jamais des coliques hépatiques.

Six ventouses scarifiées aux attaches diaphragmatiques, antipyrine, 1 gr. 50.

22 mai. — Température, hier soir, 39°,8; ce matin, 39°.

Point de côté toujours intense, rien au foie; la compression du nerf phrénique est douloureuse.

Hier, selle de coloration normale, aucune teinte spéciale ni de la peau, ni de la conjonctive.

L'auscultation fait reconnaître des frottements nombreux à la base droite; matité presque absolue à la percussion; les vibrations sont diminuées; dyspnée modérée; antipyrine. 1 gr. 50.

23 mai.— Hier soir, 40°,1; ce matin, 39°.

La douleur est moins intense; absence du murmure vésiculaire à la base droite, souffle léger et égophonie à l'angle inférieur de l'omoplate, dyspnée, pas de toux.

La malade se plaint beaucoup de la gorge qui est, en effet, le siège de nombreuses plaques muqueuses; on en trouve également sur la langue, le voile du palais et à la commissure labiale droite; les douleurs d'oreille persistent.

La sœur accuse la malade de n'avoir jamais pris son traitement que si elle y était obligée par sa présence; la malade ne nie pas, elle se contente de répondre que la solution simple lui fait mal à l'estomac.

On donne alors deux pilules de proto-iodure de mercure de 5 centigrammes chacune.

25 mai.— Hier soir, 39°,6; ce matin, 38°,9.

Mêmes signes stéthoscopiques, toujours céphalée nocturne.

26 mai.— La fièvre tend à baisser. 39°,5 hier soir; 37°,9 ce matin. La matité remonte moins haut; l'égophonie a disparu, encore un léger souffle.

27 mai.— 38°,2 hier soir; 37°,5 ce matin. Le souffle ne s'entend plus. On perçoit quelques frottements à la base du poumon droit.

28 mai.— Hier soir, 38°; ce matin, 37°,4. Frottements nombreux.

29 mai. — Hier soir, 37°,8 ; ce matin, 37°,4. La malade demande à manger. Premier degré.

30 mai. — La température est presque normale, les frottements persistent. La langue est belle, les plaques commencent à disparaître ; l'éruption cutanée s'efface.

31 mai. — Température normale, la malade demande à se lever. Mêmes signes à l'auscultation.

2 juin. — A l'examen des parties génitales, on constate la disparition presque complète des plaques muqueuses.

On continue les deux pilules.

10 juin. — Les frottements sont toujours nombreux à droite, les douleurs de tête persistent. On donne 2 grammes d'iodure.

20 juin. — La malade réclame sa sortie.

Les frottements ont presque disparu ; il y a encore un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire.

On donne l'ordonnance suivante :

Prendre au repas de midi une pilule de proto-iodure d'hydrargyre de 5 centigrammes.

Observation VIII

(Raynaud et Scherb)

Le nommé N. Al..., peintre décorateur, âgé de 31 ans, est couché au N° 34 de la salle Trousseau.

A son entrée (18 novembre 1893), il nous racontait n'avoir jamais été malade, il ne se connaissait pas d'antécédents morbides héréditaires. Il était porteur d'une roséole papuleuse confluente ; au cou, on notait, ainsi qu'au scrotum, des plaques papulo-hypertrophiques. On ne relevait plus la trace de la lésion initiale ; seule, la cicatrice d'un chancre mou, survenu il y a 5 ans, était encore visible sur sa verge.

Il est alité depuis une quinzaine de jours, il a eu un refroidissement brusque avec de nombreux frissons, puis de la fièvre qui persiste actuellement et un point de côté à gauche.

En cette région, la cage thoracique présente, en arrière, une voussure appréciable, une matité occupant le tiers inférieur de la submatité remontant jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. Les vibrations sont notablement diminuées et même abolies en bas. A l'auscultation, quelques frottements et un souffle doux avec absence de murmure vésiculaire; bronchophonie, égophonie et pectoriloquie aphone. Les mêmes signes existent en avant, mais moins étendus. Si l'on fait asseoir, puis coucher le malade, la percussion pratiquée en avant, au niveau du mamelon, fait constater le déplacement de la matité. Le cœur est légèrement refoulé.

Il y a donc là les signes officiels d'un épanchement pleurétique qu'on évalue à un peu moins d'un litre. Le malade présentait, le soir de son arrivée, une température de 39°3; le lendemain, au premier examen, 39°2.

On institua immédiatement le traitement suivant: ventouses scarifiées, sulfate de quinine 1 gram., infusion de digitale 0,50 centigr., un cordial, et, contre sa roséole, nous fîmes ajouter 30 gr. de sirop de Gibert, préparation qui est plus sûrement absorbée que les pilules.

Cette médication ne fut donnée que le 19. La température se mit aussitôt à baisser, en même temps que l'épanchement diminuait. Le 21 novembre au matin, c'est-à-dire trois jours après son entrée, la température était à 37°. Dès ce moment, la température resta normale; la gêne respiratoire cessa, le malade put se lever et sortir dans le jardin; l'épanchement s'était résorbé avec une rapidité étonnante.

Quand le malade quitta l'hôpital, dans les premiers jours du mois suivant, tous les signes d'auscultation, pleuraux ou

pulmonaires, avaient disparu. L'éruption était réduite à un très petit nombre de papules qu'on ne retrouvait qu'avec une recherche attentive.

Dans ces deux observations, la pleurésie s'est montrée en pleine poussée de syphilides et au début de la période secondaire. Elle a débuté, d'une façon bruyante, par des frissons, une forte élévation de température et s'est accompagnée d'un épanchement assez abondant.

Le traitement spécifique a eu très facilement raison de ces phénomènes et l'épanchement s'est résorbé avec une rapidité remarquable.

PLEURÉSIES AVEC ÉPANCHEMENT ET ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES

Nous réunissons ici deux observations, l'une de Talamon, la deuxième inédite, dans lesquelles les malades présentent des antécédents pathologiques suspects du côté du thorax, antécédents qui pourraient faire douter de la nature syphilitique de la lésion si l'évolution et les effets du traitement ne plaidaient en faveur de la spécificité.

Observation IX

(Ch. Talamon)

X..., âgé de 23 ans, entre, le 24 novembre 1879, à la maison Dubois. Pneumonie droite, il y a quatre ans. Plusieurs chaudepisses. Il y a six ans, chancre mou avec bubon suppuré.

Il y a deux mois, nouvelle chaudepisse. Il y a un mois, au moment où l'écoulement cessait, sans qu'au dire du malade il se fût exposé à une nouvelle infection, une ulcération s'est formée sur le frein de la verge, puis d'autres sur le

pourtour du gland. Depuis lors, des ulcérations n'ont cessé de se produire, se cicatrisant et reparaissant sans cesse.

Il y a trois jours il a senti, en se couchant, une douleur dans le côté droit ; cette douleur est devenue très violente dans la nuit, jusqu'à le faire crier, lui coupant la respiration. Petite toux très rare ; pas de fièvre.

État actuel.— Le malade se plaint toujours d'une douleur à la base du thorax en respirant ; mais la dyspnée est modérée. Submatité et diminution des vibrations dans l'aiselle et le tiers inférieur du poumon droit en arrière ; obscurité du murmure vésiculaire ; pas de souffle ni d'égophonie. Le gland est couvert d'érosions superficielles, irrégulières, disséminées à sa surface et dans la rainure balano-préputiale.

Adénopathie des deux aînés. Pas de roséole ; le malade n'a pas remarqué d'éruption sur son corps. Rien dans la gorge. Vésicatoire, une cuillerée à soupe de liqueur de Van Swieten.

27 novembre.— Matité dans la moitié inférieure du poumon droit en arrière. Souffle léger et égophonie à la pointe de l'omoplate. Respiration normale à gauche.

1^{er} décembre.— La matité persiste, mais on ne perçoit plus ni souffle ni égophonie ; frottements secs, assez gros dans l'aiselle. Le malade accuse des démangeaisons à l'anus ; plaques muqueuses à la marge de l'orifice ; on en voit aussi plusieurs sur la peau des bourses.

3 décembre.— Les frottements persistent à la base [droite ; respiration obscure ; douleur légère à la déglutition. Plaques muqueuses sur le pilier antérieur gauche.

Le malade sort le 13 décembre. Il reste toujours de la submatité et des frottements à la base du poumon droit. Les érosions du gland ont disparu ; mais les plaques muqueuses anales et scrotales persistent ainsi que celles de la gorge.

Observation X

(Inédite)

G... Jeanne, 22 ans, entre à la clinique dermatologique le 4 mai 1894, et occupe le lit N° 8 de la salle Ambroise Paré.

Cette femme est atteinte de syphilis secondaire caractérisée par des papules vulvo-anales et des plaques muqueuses en abondance dans la cavité buccale, notamment sur les piliers. L'accident primitif remonterait à deux mois, d'après la malade et aurait siégé sur une grande lèvre.

L'état de la dentition étant très mauvais (la malade porte un appareil dentaire artificiel à la mâchoire supérieure), on se borne pour quelques jours à un traitement local, remettant à plus tard le traitement mercuriel.

La malade souffre en outre d'une endométrite pour laquelle on prescrit des injections au permanganate de potasse.

Le 7 mai, la malade s'alite, se plaignant d'une violente céphalée et de vives douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite. T. 39°,4. La nuit se passe dans un état d'insomnie complet.

8 mai au matin, l'examen révèle un empâtement notable, au niveau des annexes droites, et la pression provoque en ce point une douleur extrêmement vive. T. mat., 38°,5; soir, 38°,6.

On prescrit une potion au chloral, des cataplasmes laudanisés sur le ventre, des injections très chaudes, des frictions sur l'abdomen avec l'onguent napolitain, et enfin du lait comme boisson.

9 mai. — Légère amélioration, mais douleurs encore vives dans le bas-ventre. En outre, la malade accuse un léger point

de côté au-dessous du sein gauche. Mais, comme toute la fosse iliaque gauche est douloureuse, on ne prête que peu d'attention à ce nouveau symptôme. Du reste, plus de fièvre.

10 mai. — L'amélioration continue, et la malade demande à manger. On lui permet lait, potage et œufs. Le point de côté persiste.

11 mai. — Devant la persistance de cette douleur sous-mammaire, on pense à la possibilité d'une pleurésie, malgré l'absence des autres symptômes habituels, mais à cause de l'existence d'une pleurésie syphilitique chez la malade couchée au N° 5 (Obs. VI).

On examine donc l'appareil respiratoire et on trouve du côté gauche, en arrière, et à la base, un peu de matité et un affaiblissement des vibrations et du murmure vésiculaire très nets.

On donne une potion avec 10 gr. d'iodure de potassium pour 200 gr. de sirop d'écorces d'oranges amères, et l'on prescrit un badigeonnage à la teinture d'iode à gauche. Comme régime, le 1/4 rôti.

12 mai. — La malade, la veille au soir, a eu un accès de délire qu'elle attribue à l'iodure. Toujours pas de fièvre.

Matité très accentuée à la base gauche, submatité à droite. Diminution très notable des vibrations. Obscurité respiratoire absolue à gauche, incomplète à droite. Premier bruit du cœur légèrement râpeux.

Nouvelle application de teinture d'iode, cette fois des deux côtés et potion au bromure de potassium.

13 mai. — Même état. Même traitement. La malade se plaint toujours du côté.

14 mai. — En présence de l'état stationnaire et de l'insuffisance du traitement prescrit, on commence le traitement spécifique avec frictions mercurielles dans les aines et gargarisme chloraté.

16 mai. — La malade va mieux et se plaint beaucoup moins de son point de côté. Vin de quinquina ferrugineux.

17 mai. — Toutes douleurs ont disparu, aussi bien le point de côté que les douleurs du bas-ventre.

18 mai. — Nouvelle poussée très douloureuse dans les annexes droites. Du côté du thorax, la matité est moins accentuée, mais les vibrations ne sont pas encore revenues. Nombreux frottements aux deux bases.

21 mai. — Encore un peu de matité à la base gauche. Submatité légère à droite. Vibrations commençant à revenir, mais persistance des frottements. On continue les frictions mercurielles et on applique une nouvelle couche de teinture d'iode.

La malade se sentant mieux demande à se lever.

Pour compléter cette observation, nous avons appris de ce malade les renseignements suivants : Bronchite il y a 10 ans, qui a duré quelque temps. Puis, peu après, attaque de rhumatisme articulaire aigu qui la retint 3 mois à l'hôpital, à Paris.

Ses antécédents héréditaires ne nous ont rien fourni de suspect et digne d'être signalé.

Voici donc deux malades dont l'un a déjà été atteint de pneumonie 4 ans avant sa syphilis, et l'autre de bronchite il y a 10 ans. Il faudrait, ce nous semble, malgré ces antécédents, mettre beaucoup de bonne volonté pour admettre là une simple coïncidence et attribuer leur pleurésie à une nouvelle poussée de pleuro-pneumonie sous une influence autre que celle de la syphilis.

Nous voulons bien admettre jusqu'à un certain point l'influence étiologique de ces antécédents sur le développement de la pleurésie, mais la syphilis n'y est certainement pas

étrangère, et nous croyons même qu'elle doit être seule incriminée, puisque ces accidents ont été relativement fugaces et ont disparu sous l'influence de la médication spécifique.

PLEURÉSIES A ALLURES INSIDIEUSES AVEC ÉPANCHEMENT

Observation XI

(Lyon)

Dans le courant de la présente année, entré à l'Hôtel-Dieu un garçon boucher qui présentait des signes de syphilis secondaire intense, à en juger par l'engorgement considérable des ganglions, par l'existence de syphilides papuleuses et par certains signes généraux, comme une céphalée fort pénible, l'anorexie, la perte des forces. Il nous fut possible d'expliquer la gravité de l'infection; il s'agissait, en effet, d'une syphilis à porte d'entrée extra-génitale (chancre de l'amygdale gauche), et l'on sait que ces sortes de syphilis sont habituellement plus graves que les autres. La température du malade, prise le soir de l'entrée dans le service, était de 38°,5. Nous cherchâmes s'il n'existait pas du côté des différents organes quelque complication à qui l'on pût attribuer l'élévation de la température. Nous constatâmes à la base du poumon gauche une matité absolue, s'élevant environ jusqu'à l'union du 1/3 inférieur avec les 2/3 supérieurs du poumon en arrière; l'abolition des vibrations thoraciques au même niveau; la disparition du murmure vésiculaire et son remplacement par un souffle voilé, à timbre aigu, perceptible à l'expiration; il existait enfin de l'égophonie, en un mot, tous les signes d'un épanchement que l'on pouvait évaluer à quelques centaines de centimètres cubes. Du côté droit, on constatait des frôlements râpeux, superficiels, sur toute l'étendue du poumon, en arrière et sur les parties laté-

rales. Il n'existait d'ailleurs aucun signe fonctionnel : ni toux, ni dyspnée, ni point de côté.

Le malade présenta pendant huit jours une fièvre modérée, oscillant entre 38°,5 et 39° le soir, se rapprochant de la normale le matin. Au bout de huit jours, sous la seule influence du traitement spécifique (0 gr. de proto-iodure, 1 gr. d'iodure), toute trace d'épanchement disparut ; il ne restait non plus, au bout de ce temps, aucun vestige de la pleurésie sèche constatée à droite.

Ce cas est intéressant, car il démontre combien il ne faut pas trop compter sur des débuts brusques pour établir l'existence d'une pleurésie. La lésion s'est installée ici d'une façon très insidieuse, et si l'on n'avait eu l'idée de rechercher soigneusement la cause de la fièvre ou si on l'avait tout simplement attribuée à une infection syphilitique fébrile, la pleurésie aurait pu évoluer et guérir sans qu'on s'en soit aperçu.

Ce type de marche insidieuse se retrouve assez fréquemment dans la pleurésie syphilitique. On verra dans l'observation XVII que, cette fois, il n'y a même pas eu de fièvre pour déceler la présence d'une pleurésie, et cependant, de même qu'ici, les signes thoraciques étaient des plus nets. Ce début insidieux se retrouve aussi dans l'observation XIII, qui vient après la suivante.

PLEURÉSIES AVEC COMPLICATIONS. — BRONCHITE. — PROSTRATION
EXCESSIVE

Observation XII

(Chantermesse)

Le premier de ces malades est venu à la consultation de l'hôpital, souffrant de maux de tête très violents. En l'examinant, je m'aperçus qu'il avait des engorgements ganglion-

naires multiples, et que sa peau était le siège d'une éruption psoriasiforme. C'était, en effet, une syphilide papulo-squameuse dont les caractères s'accrochèrent bientôt pour devenir des plus nets. Les muqueuses étaient intactes; il a été facile de trouver la trace du chancre initial. Sous l'influence du traitement, qui consiste en injections intra-veineuses de sublimé à 1 p. 1000, la céphalée devint moins violente, les engorgements ganglionnaires diminuèrent de volume, les plaques psoriasiformes s'atténuèrent notablement, si bien qu'aujourd'hui, vous pouvez constater qu'il ne reste plus à leur niveau qu'une légère infiltration du derme.

Je passe sur la description de ces accidents pour arriver à un fait plus important. En interrogeant le malade, il nous a dit qu'un soir, en se couchant, il avait été pris tout à coup, dans le côté gauche, d'un point de côté tellement violent qu'il ne put s'étendre et dut, pour pouvoir respirer, s'asseoir sur son lit et rester dans cette position pendant toute la nuit; en même temps, il avait ressenti un grand malaise et avait été pris d'une fièvre assez violente, comme il avait pu en juger d'après la soif à laquelle il fut en proie. Cette douleur, avec son degré d'intensité première, a duré six jours, pendant lesquels il fut obligé de garder le lit; puis, pendant deux jours encore, elle se fit ressentir en s'atténuant; enfin, quatre jours après, elle disparut. Il y avait donc douze jours environ que son affection pleurale avait débuté lorsqu'il est arrivé ici; j'ajouterai qu'il n'a pas, de lui-même, attiré l'attention sur la douleur qu'il avait ressentie, et que c'est grâce à une enquête anamnétique que j'ai pu obtenir les renseignements que je viens de vous communiquer. Du reste, ce qui faisait venir ce malade à l'hôpital, ce n'était pas le point de côté, mais le mal de tête, l'affaiblissement considérable de ses forces et un état de prostration tel que tout travail lui était devenu impossible. A l'examen de la poitrine, nous avons

trouvé, par la percussion, de la submatité aux deux bases, beaucoup moins accentuée et moins étendue à droite qu'à gauche, où elle remontait jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'omoplate ; très manifeste, il y a quelques jours, cette obscurité du son existe encore aujourd'hui, comme vous pouvez vous en rendre compte.

A l'auscultation, nous avons constaté l'existence de frottements au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, puis, deux jours après, des signes de bronchite diffuse prédominant un peu plus à gauche, s'accompagnant d'une expectoration opaque peu abondante.

Observation XIII

(Chantemesse)

Ce jeune homme, que vous voyez encore très déprimé, est entré ici dans un état de faiblesse très accentué ; il était pâle et en même temps si abattu que je me demandai, en le voyant à la consultation hospitalière, s'il était atteint de tuberculose ou de fièvre typhoïde, hypothèses qu'il fallut rejeter bientôt. En le faisant déshabiller, je constatai à la surface cutanée la présence de nombreuses papules avec infiltration du derme, devenues depuis squameuses et que vous voyez aujourd'hui commençant à pâlir : il n'y avait aucun doute sur leur nature syphilitique. Le chancre pénien et l'adénopathie inguinale sont évidents.

Sous l'influence du repos absolu et du traitement spécifique, l'état général et local s'était singulièrement amélioré, lorsqu'il y a deux jours, il se mit à tousser. A l'examen de la poitrine, on trouva les signes d'une bronchite, indiquant que les bronches étaient le siège d'une éruption syphilitique ; en même temps, l'on constatait, à la partie inférieure de la région sous-scapulaire droite, de la submatité, de la dimi-

nution des vibrations thoraciques et des frottements. Notre interne, M. Lorrain, vient de faire à ce niveau une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz et a retiré un quart de centimètre cube de liquide citrin ; c'est la première fois, croyons-nous, que semblable constatation est faite dans des conditions analogues ; elle ne laisse aucun doute sur l'existence de la pleurésie et sur la nature séreuse de l'exsudat.

Cette pleurésie a débuté insidieusement sans que la malade se soit plaint de la moindre douleur dans la région atteinte ; aujourd'hui, il dit souffrir un peu quand on le fait respirer très profondément et quand on exerce une pression sur la paroi thoracique, non pas sur la surface des côtes, mais au niveau des espaces intercostaux. Comme vous le voyez, les signes subjectifs de cette pleurésie sont si peu marqués que leur présence aurait passé inaperçue sans un examen fait de propos délibéré.

Ces deux observations se rapprochent absolument par leurs caractères de celles que nous avons déjà signalées, mais elles ont ceci de particulier que la prostration et l'affaiblissement des malades est très grand. Cependant les forces, reprennent très vite, en même temps que disparaît la pleurésie, dès que le traitement a été mis en vigueur.

Nous faisons aussi remarquer en passant de quelle façon insidieuse s'est développée la pleurésie chez le second de ces malades, et enfin la concomitance d'une bronchite généralisée chez tous les deux.

PLEURÉSIES SURVENANT A UNE ÉPOQUE PLUS AVANCÉE DE LA PÉRIODE
SECONDAIRE

Voici maintenant deux autres observations dues l'une à Preetorius, l'autre à Rochon, et dans lesquelles la pleurésie ne se montre qu'à une époque assez avancée de la période secondaire, mais sans perdre toutefois ses allures ordinaires.

Observation XIV

(Preetorius)

Le 25 juin 1891, M. W...., âgé de 23 ans, artiste gymnaste, consulta pour une légère oppression à la poitrine gauche qu'il ressentait depuis quinze jours environ. Il se disait fatigué et essoufflé par son métier et se plaignait surtout de transpirations abondantes.

Taille petite, mais poitrine large et bombée. Mine pâle et fatiguée; peau de la figure et du cou légèrement marbrée par un exanthème maculeux à peine visible. Ce même exanthème s'étendait sur le tronc et les cuisses; les ganglions cervicaux et inguinaux étaient gonflés, durs et indolores. La percussion du thorax ne donnait rien d'anormal, mais à l'auscultation on percevait un léger frottement pleurétique à gauche et à la partie antérieure, à hauteur de la troisième et quatrième côte se perdant vers la base et vers la ligne axillaire. Pas de râles, pas de fièvre, pas de point de côté, ni toux, ni expectoration. La pression sur la troisième et la quatrième côte n'était pas douloureuse.

Il y a un an et demi, chancre induré; pilules de mercure pendant quelque temps.

Depuis, vie très irrégulière

On donne: iodure de potassium, 2 gram. par jour.

29 juin. — Quatre jours après, le frottement était à peine perceptible et, le 4 juillet, on n'entendait plus rien d'anormal.

L'iodure fut alors supprimé.

29 juin et 9 juillet. — Le malade avait reçu par injection 1 gram. de salicylate de mercure; le 20 juillet, il revint pour une troisième injection. L'exanthème avait dis-

paru; mais, au-dessus et au-dessous de la clavicule gauche et à la fosse sus-épineuse, il y avait de nouveau un léger frottement.

De nouveau, iodure 2 gram., et, le 28 juillet, jour de la quatrième injection, il n'y avait plus rien.

L'ioduré fut néanmoins continué; le 4 août, nouvelle injection.

L'examen des poumons ne relevait plus aucune trace de frottement pleurétique; l'exanthème avait disparu comme l'oppression, la fatigue et la tendance à la transpiration; l'état général était satisfaisant. Le malade avait pris en tout 25 gram. d'iodure de potassium et 5 gr. de salicylate de mercure en injections sous-cutanées.

Observation XV

(Rochon)

Etudiant ès lettres, âgé de 25 ans, contracta la syphilis en 1891 (avril). Roséole peu intense, éruption papuleuse très discrète. Le chancre avait eu son siège sur le scrotum.

Pilules de proto-iodure de mercure de 5 centigr., une par jour, pendant 2 mois.

Un an après le début, poussée de plaques muqueuses à l'anus. Pendant un mois, pilules de mercure. Jamais d'iodure, ce médicament produisant de suite des éruptions intenses.

Le malade quitte Paris et je le perds de vue pendant un an. 15 jours avant les dernières vacances de Pâques, je reçois de lui une lettre me disant qu'il se propose de venir à Paris; il est un peu fatigué, il souffre de la gorge; il pense à sa syphilis, se propose de m'en parler et de faire provision des médicaments qu'il ne veut pas acheter en province; il me demanderait bien de lui envoyer quelques pilules, mais

il a une diarrhée intense et il préfère la guérir auparavant ; il me demande le moyen ; il a essayé déjà du sous-nitrate de bismuth sans aucun succès.

Je lui conseille de prendre du salicylate de bismuth avec du laudanum, et si cela ne suffit pas, d'avoir recours à l'acide lactique.

Un beau jour, il arrive chez moi, facies pâle, maigre, la diarrhée persiste malgré tous les médicaments ; la gorge est couverte de plaques muqueuses ; depuis quelques jours, il s'en est produit à l'anus. Rien sur le reste des téguments, mais douleurs vagues un peu dans tout le corps, surtout dans le thorax, un peu de gêne respiratoire, sueurs au moindre effort.

J'ausculte, et je trouve, à droite, de la submatité avec des frottements pleuraux très nombreux ; à gauche, de la matité à la base, avec absence du murmure vésiculaire, léger souffle et bronchophonie dans le tiers inférieur de la poitrine. Je conseille de rester quelques jours à la chambre et d'arrêter tout d'abord la diarrhée ; diète, élixir parégorique.

Deux jours après, même diarrhée ; malade plus affaibli encore, quelques nouvelles plaques rouges sur le voile du palais. En présence de tous ces symptômes, malgré la diarrhée, je parle d'un traitement par le mercure.

Pilules de tannate de mercure de 8 centigr., une par jour.

La diarrhée persiste encore pendant 2 jours et se met à diminuer ; au bout de 8 jours, elle avait complètement cessé. Les frottements persistaient à droite ; à gauche, il y avait matité complète, mais le souffle et la bronchophonie avaient disparu. Pas de fièvre ; il n'y en avait eu qu'un peu au début.

Le malade voulut sortir, mais la marche le fatigua et il se trouva si essoufflé en remontant ses escaliers qu'il promit d'attendre.

Il prit 2 grammes d'iodure de potassium par jour avec 10 gram. de bicarbonate de soude. Le médicament fut bien supporté.

8 jours après, le malade quittait Paris, il avait pu faire quelques sorties nécessaires.

A droite, on entendait quelques frottements ; à gauche, l'épanchement était résorbé et les frottements avaient disparu. J'ai reçu quelques lettres me tenant au courant de la situation ; il y avait augmentation de poids ; la diarrhée n'avait pas reparu, la respiration était tout à fait libre. De plaques muqueuses il n'en était plus question, et, aux vacances de la Pentecôte, mon ancien malade m'écrivait du haut du ballon d'Alsace.

Ces deux observations sont remarquables par l'époque d'apparition de la pleurésie, que nous avons vue jusqu'ici se produire, surtout au début de la période secondaire, dans les premiers mois de l'infection.

Dans le cas de Preetorius, c'est 18 mois après le chancre ; dans le cas de Rochon, 2 ans.

Malgré l'époque tardive de cette apparition, qui n'est pas précisément la période du stade roséolique, nous n'hésitons pas à ranger ces deux faits au nombre des précédents, car ils ont comme eux, pour caractéristique, de coïncider avec un exanthème qui peut être une roséole de retour et avec des poussées de plaques muqueuses.

De plus, leur évolution a été de courte durée et les effets du traitement se sont fait très nettement sentir.

PLEURÉSIES S'ACCOMPAGNANT D'ARTHROPATHIES ET D'AUTRES LÉSIONS
DÉNOTANT UNE INFECTION TRÈS VIRULENTE

Observation XVI

(Chantemesse et Vidal)

Femme de 29 ans, prise, vers le milieu de septembre 1885, d'une éruption de roséolesyphilitique généralisée. Au commencement de novembre, douleurs très vives dans le côté droit de la poitrine.

La malade entre à l'hôpital le 29 janvier avec de la fièvre, des plaques muqueuses de la gorge, des syphilides généralisées sur la peau, des douleurs dans les articulations.

A l'auscultation, on constate la présence d'un double épanchement peu abondant et localisé aux deux plèvres. Vers la fin du mois de février, alors que l'épanchement persistait toujours, survint un iritis syphilitique.

A partir de ce moment, on institua le traitement par les frictions mercurielles. Peu à peu, les éruptions disparurent en même temps que les épanchements pleuraux, et, le 17 avril, la plèvre semble avoir retrouvé son état normal.

Observation XVII

(Th. Talamon)

V... Mélanie, couturière, entre à l'Hôtel-Dieu le 28 février 1882; elle est âgée de 24 ans. Boutons aux parties, au mois d'octobre dernier. Pas de traitement. Il y a trois semaines, a remarqué que ses yeux étaient un peu jaunes et ses urines un peu foncées.

Depuis lors, l'ictère s'est foncé progressivement, sans fièvre, ni troubles gastriques.

Actuellement, elle présente une teinte jaune safran géné-

ralisée, avec coloration ictérique des conjonctives et biliverdine dans l'urine qui est rare et d'un jaune foncé. Le foie n'est pas augmenté de volume. Depuis hier, plusieurs selles en diarrhée grisâtre. Un peu d'inappétence. Langue un peu sale; ulcération profonde à pic de l'amygdale droite. Engorgement des ganglions de l'aîne, de la nuque et du cou.

Croûtes dans les cheveux, qui sont clairsemés et tombent abondamment.

La malade n'accuse ni toux, ni gêne respiratoire. Mais on constate de la matité dans le tiers inférieur du poumon droit, avec souffle aigre et superficiel et égophonie très marquée. Respiration normale à gauche. Deux cuillerées de sirop de Gibert.

La malade reste deux mois dans le service. Les signes pleurétiques disparaissent rapidement. Au bout de huit jours, on constate seulement des frottements et de l'obscurité respiratoire. Mais cette obscurité de la respiration et la submatité persistaient encore à la sortie de l'hôpital.

L'ictère s'efface aussi peu à peu en un mois, sans autres symptômes d'ailleurs; pas de démangeaisons, pas de ralentissement du pouls, pas de troubles gastriques.

Mais plusieurs poussées de plaques muqueuses se produisent tantôt à la vulve, tantôt à la gorge et aux commissures labiales.

En outre, céphalée et douleurs erratiques dans les diverses articulations. Pas de manifestations cutanées. A sa sortie, il existait encore des plaques muqueuses à la vulve.

Dans ces deux cas, la pleurésie s'est montrée au cours des phénomènes généraux de la période secondaire et au début de cette période.

Elle a apparu en même temps que des poussées muqueuses et cutanées d'une intensité remarquable.

Elle a revêtu la forme avec épanchement double, nettement caractérisé dans le premier cas ; épanchement unilatéral, établi insidieusement dans le second cas.

Elle s'est accompagnée d'iritis chez la première et d'ictère chez la seconde.

Elle a été contemporaine des douleurs articulaires.

Dans les deux cas, et surtout dans le second, le traitement spécifique a eu facilement raison de l'épanchement, ainsi que des autres manifestations de la syphilis.

Les douleurs articulaires qui ont été signalées dans ces observations semblent se rapprocher des arthropathies que nous avons notées chez notre premier sujet d'observation à Montpellier, où elles ont eu un caractère tout spécial, qui nous a fait songer à une prédilection particulière de la syphilis pour les séreuses articulaires, aussi bien que pour la séreuse pulmonaire. Si on examine, en effet, avec attention la marche suivie par l'inflammation, on verra que l'alternance qui se produit d'un foyer à un autre présente un caractère digne de remarque.

Voici cette observation :

Observation XVIII

(Inédite)

Pleurésie sèche. — Manifestations articulaires

Le nommé D..., âgé de 22 ans, soldat au 142^e de ligne, entre le 14 janvier 1893 à la clinique dermatologique, salle Sédillot, N^o 5, pour des accidents syphilitiques.

C'est un homme pâle, maigre, d'aspect cachectique, se plaignant d'une douleur vive sous le mamelon droit et d'une dyspnée intense.

Du côté des antécédents, nous apprenons que le père est

mort d'une affection de poitrine à 33 ans; lui-même a présenté dans son enfance quelques manifestations scrofuleuses. En qualité de garçon de café avant son incorporation, il avoue avoir commis d'assez nombreux excès alcooliques.

Pour ce qui est de sa maladie actuelle, voici ce que nous apprenons :

Il y a un mois et demi, il a vu apparaître sur le prépuce, 28 jours environ après le dernier coït, un chancre induré bientôt suivi de l'engorgement ganglionnaire inguinal caractéristique.

Actuellement, adénopathie généralisée, légère roséole sur le tronc, plaques muqueuses aux lèvres et à l'isthme du gosier.

Mais ce qui tourmente le plus le malade, c'est le point de côté sous-mamelonnaire droit, qui s'accompagne d'une toux sèche, pénible, et, par moments, d'accès de dyspnée.

Il y a eu un peu de fièvre au début, mais elle a disparu actuellement.

L'auscultation de la poitrine fait constater les modifications suivantes du côté droit.

Abolition des vibrations thoraciques à la base, submatité au même niveau. Frottements pleuraux occupant la moitié inférieure et respiration rude, légèrement soufflante au sommet.

Devant l'intensité des phénomènes, on laisse de côté, pour le moment, le traitement de la syphilis et on prescrit une potion calmante avec :

Alcoolature d'aconit.	XXX gouttes
Sirop de tolu	30 gr.
Julep.	120 --

ainsi que des badigeonnages à la teinture d'iode et une tisane pectorale chaude.

20 janvier. — Persistance des phénomènes thoraciques

qui, loin de diminuer, s'aggravent et s'accompagnent d'un état général peu brillant.

On tente le traitement spécifique avec 2 pilules de

Tannate de mercure 0 gr. 05

Extrait de quinquina 0 gr. 10

et un gargarisme chloraté.

25 janvier. — Une amélioration sensible s'est déjà produite. Le point de côté a disparu et on constate le retour partiel des vibrations à la base droite. Persistance des frottements. Diminution de la toux.

30 janvier. — Même état pulmonaire, mais il s'est déclaré de la diarrhée, et, en présence de la faiblesse du malade, on suspend le traitement spécifique.

2 février. — Le point de côté se déclare de nouveau, s'accompagnant même de douleurs dans l'épaule droite. La toux est plus intense, mais l'expectoration peu abondante.

L'examen de la poitrine révèle une exagération des signes de la pleurésie sèche à la base droite et quelques signes de congestion au sommet du même côté.

L'examen des crachats ne révèle aucun bacille. On reprend le traitement spécifique par les pilules de gallate, et on y joint une potion tonique avec :

Extrait de quinquina 4 gr.

Rhum 40 —

Julep 110 —

Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration se fait rapidement.

Dès le 10 février, les frottements pleuraux sont très diminués d'étendue, l'état général est bien meilleur.

Le traitement est continué de cette façon jusqu'à la fin février, sauf une courte suspension des pilules nécessitée par le retour de la diarrhée.

A ce moment, il persiste encore quelques plaques mu-

queuses amygdaliennes. Mais l'état pulmonaire s'est profondément amélioré : plus de point de côté, plus de toux, frottements pleuraux très diminués.

1^{er} mars. — Des douleurs articulaires se déclarent dans les coudes et les poignets, avec exaspérations violentes pendant la nuit. Il n'y a pas de gonflement des parties.

10 mars. — En présence de la persistance des douleurs, on supprime le tannate et on donne le salicylate de soude qui est continué pendant plusieurs jours à la dose de 2 gr. par jour, sans amener aucune amélioration.

20 mars. — On fait une injection massive de sublimé à 0 gr. 05, dans la fesse.

25 mars, *id.* — Sous l'influence de ces deux injections, les douleurs articulaires se calment, mais il se déclare un phlegmon de la fesse (lequel avorte d'ailleurs, grâce à une médication appropriée) qui nous oblige à renoncer à ce moyen thérapeutique.

10 avril. — Réapparition des douleurs articulaires, qui, cette fois, envahissent les membres inférieurs (genoux, coude-pied) aussi bien que les supérieurs. En outre, retour de la congestion pleuro-pulmonaire droite s'accompagnant de signes suspects au sommet (respiration rude, expiration prolongée). L'état cachectique s'accroît, le malade est atteint d'une anorexie absolue. On prescrit X gouttes de teinture de noix vomique dans la potion tonique au quinquina et, pour calmer les douleurs, une potion avec

Iodure de potassium.	5
Bromure de potassium.	10
Eau distillée.	150

à prendre une cuillerée à chaque repas.

28 avril. — Les douleurs articulaires persistent toujours, mais moins vives. L'état pulmonaire est stationnaire : toujours frottements à la base droite.

L'anorexie étant moins prononcée, on reprend le traitement mercuriel avec 2 pilules de gallate et la solution iodo-bromurée.

Ce traitement est continué jusqu'au 15 mai et amène la disparition presque complète des douleurs articulaires et une amélioration très notable des phénomènes pulmonaires. Le malade est alors envoyé en congé de convalescence.

Plusieurs mois après, nous avons revu le malade, il a continué le traitement mercuriel après une interruption de deux mois. Son état général est bon, il ne tousse plus, sa pleurésie a complètement disparu : il ne lui reste plus comme traces qu'une légère submatité avec rudesse de la respiration dans le tiers inférieur droit. Du côté du sommet, la respiration est redevenue normale.

Voici donc un malade qui présentait, de par ses antécédents héréditaires et personnels, un terrain tout préparé pour un envahissement facile de la vérole, qu'il nous présente du reste dans tout son épanouissement.

Déprimé par sa profession, ses excès alcooliques, et peut-être aussi par le métier militaire, il semblait bien justifier sa pleurésie, qui, du reste, est parfaitement caractérisée. Sa forme paraît être sèche, ou du moins, s'il y a eu épanchement, a-t-il été très léger, car les signes habituels n'ont pas été relevés.

Malgré leur intensité, les phénomènes pleuraux cèdent une première fois comme par enchantement dès que, abandonnant les moyens anodins, absolument insuffisants, on recourt à la médication spécifique qui, en 4 ou 5 jours (20-25 janvier), produit une modification remarquable.

Or, et c'est ici que l'observation commence à devenir intéressante, dès la suspension du traitement mercuriel,

motivée par les désordres intestinaux, la pleurésie, jugulée un instant, reprend de plus belle, et force est de recourir de nouveau au traitement, qui, de même que la première fois, produit une amélioration rapide qui semble devoir persister.

Mais la syphilis ne semblait pas vouloir abandonner de sitôt son champ de bataille, et profitant d'un moment de répit, d'une nouvelle suspension du traitement, la voilà qui reprend le dessus et, sans abandonner la plèvre, étend cette fois ses ravages jusque dans les articulations.

C'est ainsi que se déclarent, en même temps qu'une poussée pleurale, des douleurs très vives aux coudes, aux poignets d'abord, puis dans les genoux et les cous-de-pied, douleurs qui présentent ce caractère de ne s'accompagner d'aucun gonflement, d'aucune hydarthrose et d'être rebelles au salicylate de soude, ce spécifique du rhumatisme.

L'état cachectique, l'anorexie de notre malade n'ayant pas permis de continuer, dès le début, la médication mercurielle, ces phénomènes ne cèdent que lorsqu'on peut la reprendre.

Et, dès lors, tout rentre dans l'ordre. Le malade ayant repris peu à peu les forces suffisantes pour supporter un traitement énergique et continu, toutes ces lésions disparaissent sans laisser de traces.

Donc, si nous nous résumons :

Malade en pleine période secondaire de début présentant une pleurésie sèche presque apyrétique, qui cède une première fois au traitement spécifique, puis qui reparaît une seconde fois dès la suspension du traitement pour céder de nouveau, puis poussées articulaires d'abord isolées, puis associées à une nouvelle poussée pleurale cédant encore au traitement.

Il y a deux choses de particulièrement intéressantes dans cette observation :

1° D'abord, les poussées successives de la pleurésie en rapport avec les interruptions du traitement.

2° Les localisations articulaires qui, tantôt, semblent alterner avec la pleurésie, tantôt lui être contemporaines.

Dans ces deux ordres de faits, il semble bien que le virus syphilitique ait eu une prédilection marquée pour le système séreux : séreuses pulmonaires d'une part, séreuses articulaires d'autre part.

Mais, en ne considérant que la pleurésie qui est pour nous le point intéressant, il y a lieu de se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'une pleurésie simple ou tuberculeuse, ou même d'une poussée de rhumatisme ?

Au début de la maladie, M. Brousse inclina fortement pour l'hypothèse de pleurésie simple, puis les antécédents de tuberculose héréditaire et, d'autre part, la localisation de la pleurésie à droite, avec quelques légers signes d'induration du sommet droit, lui firent songer à la possibilité de la tuberculose.

Mais l'évolution même de la maladie fit rejeter cette deuxième hypothèse et les effets du traitement enlevèrent tous nos doutes. En effet, à chaque poussée de pleurite, le seul traitement qui ait été réellement efficace a été le traitement spécifique. Ce traitement a eu, du reste, autant de prise sur les arthropathies, alors que le salicylate avait complètement échoué, ce qui éliminait du même coup le rhumatisme.

Donc, nous avons bien eu affaire, ici, à une pleurésie syphilitique de la période secondaire associée à des arthropathies de même nature.

CHAPITRE III

Symptomatologie

De l'examen attentif des observations précédentes, il résulte, au point de vue symptomatologique, que :

La pleurésie syphilitique apparaît le plus souvent au début de la période secondaire au moment où le virus fait sentir ses premiers effets d'infection générale par des poussées périphériques. « C'est un accident secondaire de la syphilis, dit Chantemesse ; elle se montre, en effet, deux ou trois mois après le chancre, quelquefois plus tard, mais *toujours* au cours d'une éruption exanthématique ».

Elle débute tantôt insidieusement sans douleurs vives, ni troubles fonctionnels bien marqués pouvant la faire méconnaître, tantôt avec des symptômes à *grand orchestre* ; douleurs vives, fièvre élevée, dyspnée intense, etc.

La fièvre peut manquer, mais elle existe le plus souvent. Tantôt modérée, tantôt violente, elle peut aussi être le seul signe qui éveille l'attention (Obs. XI).

« Quand la douleur est très violente et s'accompagne d'une dyspnée intense, on peut se demander s'il n'y a pas une localisation du processus à la plèvre diaphragmatique ; un de nos malades (Obs. XII) nous disait qu'il était soulagé quand il s'asseyait dans son lit en immobilisant son thorax avec sa main, attitude qui peut faire penser à la pleurésie diaphragmatique ». (Chantemesse).

La pleurésie est tantôt sèche, tantôt avec épanchement, tantôt unilatérale, tantôt double, sans qu'il n'y ait rien de bien précis sur la tendance à l'une ou l'autre de ces formes ; en effet, avec ou sans épanchement, la pleurésie s'est montrée unilatérale presque autant de fois que bilatérale. Mais dans les cas de pleurésie double, un épanchement bilatéral notable ne s'est montré que deux fois sur huit. Parfois, la pleurésie double présente un épanchement d'un côté et des signes de pleurésie sèche de l'autre (Obs. VI, XV).

Elle atteint sans prédilection marquée tantôt la plèvre droite, tantôt la plèvre gauche.

Nous avons constaté dans trois observations (XVI, XVII, XVIII) la coïncidence des lésions pleurales et des arthropathies qui peuvent alterner les unes avec les autres, ou marcher contemporanément, comme si, à ce moment, la syphilis avait une prédilection pour les séreuses articulaires et pulmonaires. Nous pensons du reste avoir suffisamment insisté sur ce fait dans notre première observation.

La pleurésie peut se montrer sous forme de poussée unique, ou par poussées successives (Obs. V, VI), et ces sortes de rechutes s'expliquent chaque fois par l'interruption du traitement.

On observe souvent une bronchite concomitante :

« Cette bronchite syphilitique, due vraisemblablement à une éruption spécifique sur la muqueuse des petites bronches, tantôt précède, tantôt suit la pleurésie. Elle se traduit par du malaise, de la fièvre, de la toux, de gros râles ronflants et sibilants disséminés dans toute la poitrine et par une expectoration peu abondante. » (Chantemesse) (Obs. XII, XIII).

L'évolution est en général rapide, et le traitement spécifique fait de bonne heure sentir ses effets, quand il est administré d'une façon énergique. Chez les malades qui sont obligés de le suspendre par suite du mauvais état de leurs voies diges-

tives, ou chez ceux qui n'ont subi aucun traitement antérieur, la pleurésie se prolonge très sensiblement.

L'épanchement se résorbe avec une très grande facilité et le retour *ad integrum* s'observe très souvent, dans un laps de temps très court, dès qu'on soumet le malade au traitement spécifique.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Dans tous les cas que nous avons exposés, le diagnostic de la pleurésie, en tant que lésion, a toujours été nettement établi, aussi bien que celui de la syphilis : nous n'insisterons donc pas, ici, pour indiquer les moyens de reconnaître une pleurésie, et nous nous occuperons du diagnostic pathogénique pour bien démontrer les rapports étroits qui unissent la pleurésie à la syphilis dans la période secondaire.

La nature syphilitique de la pleurésie devrait être des plus faciles à déterminer quand elle revêt les caractères que nous avons signalés.

C'est du moins l'opinion de Chantemesse, à laquelle nous nous rallions. Mais, tel n'est pas l'avis de tout le monde, et en particulier de Lancereaux, qui dit : « Les antécédents pathologiques indiquent une possibilité et non une réalité, ils ne sauraient suffire, et l'on doit se défier tout particulièrement de l'adage : *post hoc, ergo propter hoc*. »

Assurément, si nous n'avions que les antécédents pour établir notre diagnostic, ce serait insuffisant, quoique les antécédents jouent un rôle important dans l'établissement d'un diagnostic quelconque, et on ne manque jamais de les rechercher soigneusement en clinique.

Mais nous avons plus que les antécédents ; les indices fournis par l'époque d'apparition de la pleurésie, sa durée, sa

marche, la bénignité de ses symptômes, sa disparition facile et rapide sous l'influence d'un traitement bien dirigé, ont bien aussi leur importance.

Tous ces signes isolés n'auraient certainement pas une grande valeur; mais, réunis et se montrant sous une forme à peu près identique dans la majorité des cas observés jusqu'ici, ils n'en constituent pas moins un faisceau de preuves en faveur de la nature syphilitique de la pleurésie.

Du reste, à quoi pourrait-on attribuer cette pleurésie en dehors de l'infection syphilitique? Serait-ce à la tuberculose, au rhumatisme, au coup de froid, à la gomme?

Les signes par lesquels se manifeste la pleurésie tuberculeuse sont sensiblement différents : dans cette variété on trouve ordinairement des antécédents héréditaires ou personnels. La pleurésie peut, en outre, se montrer comme lésion secondaire, et dans ce cas il n'y a aucun doute, les lésions premières ayant déjà manifesté leur présence par des symptômes spéciaux assez nets : amaigrissement graduel, perte des forces, hémoptysies, signes stéthoscopiques particuliers, etc...

Mais là où le doute serait possible, c'est dans le cas de pleurésie primitive, survenue sans cause appréciable et dont l'étiologie est incertaine. On a tout lieu de penser aujourd'hui dans ces cas là à une forme larvée de la tuberculose, mais les lésions de cet ordre si gent ordinairement aux sommets si la pleurésie est sèche, vers le milieu si elle s'accompagne d'épanchement, au lieu que nous avons vu, presque dans tous les cas de pleurésie syphilitique sèche ou avec épanchement, la lésion occuper les bases.

Enfin, l'expectoration peut, dans un grand nombre de cas, venir en aide au diagnostic, soit par les caractères physiques ou par l'examen bactériologique des crachats, soit par l'inoculation du liquide pleural aux cobayes.

Le rhumatisme pourrait, à la rigueur, être accusé d'avoir

provoqué la pleurésie. En d'autres circonstances, il la produit fréquemment, et comme dans la syphilis, sous des formes sèches et avec épanchement. Cet épanchement se résorbe même assez facilement; il s'accompagne de poussées articulaires et de phénomènes généraux, le tout affectant parfois une allure rapide et sans laisser de traces.

N'était la présence de la syphilis, on aurait pu attribuer à l'infection rhumatismale les lésions pleurales et articulaires qui ont fait l'objet de notre dernière observation.

Mais le rhumatisme a un spécifique et la syphilis a aussi le sien; or, nous avons bien pu constater l'efficacité de la médication mercurielle et iodurée, alors que le salicylate de soude avait complètement échoué, ce qui confirmait notre diagnostic.

Quant au coup de froid, les malades ne l'ont jamais dénoncé; au reste, la pleurésie, dite *a frigore*, est aujourd'hui repoussée par nombre d'auteurs, et cette forme tend de plus en plus à disparaître du cadre étiologique.

Dans les cas où la pleurésie se développe à une période avancée du stade secondaire, comme dans les observations XIV, XV, on pourrait objecter qu'elle est due tout simplement à la production de gommes pulmonaires, traduisant ainsi le passage de la syphilis à la période tertiaire.

Mais les pleurésies à cette période ont une évolution très lente; leur guérison se fait par des scléroses pleuro-pulmonaires, des adhérences des feuillets de la plèvre, et provoquent par suite un certain degré d'effondrement du thorax.

Rien de tout cela n'existe dans notre genre de pleurésie, qui peut, il est vrai, s'accompagner parfois d'un état général grave, comme chez les malades XII, XIII, XV, dont la prostration et l'affaiblissement étaient des plus marqués, mais qui, malgré cela, évolue rapidement sans laisser d'autres traces que de très légers frottements.

Nous avons admis jusqu'à présent que la pleurésie était facile à reconnaître au moins par elle-même, sinon par sa nature ; mais nous devons ajouter, pour être complet, que l'existence d'une pleurésie à la période secondaire de la syphilis n'est pas toujours évidente pour un observateur non prévenu.

Il est, en effet, des cas où la pleurésie s'installe très sournoisement, et l'épanchement peut même arriver à être très abondant sans qu'on s'en doute, surtout quand il n'existe qu'un léger point de côté, qu'on est tout naturellement porté à attribuer à une poussée de périostite costale, à une névralgie, à une myalgie, etc., phénomènes si communs dans le cours de la période secondaire.

On n'en tient ordinairement aucun compte, pas plus que de la fièvre qu'on explique en disant : infection syphilitique fébrile.

Dans les cas de ce genre, on doit être prévenu de la possibilité de l'existence d'une pleurésie et la rechercher.

Si on ausculte à ce moment, on est surpris alors de constater l'existence d'un épanchement qu'on était loin de soupçonner (Obs. XI, XV, XVII).

Cette façon de s'installer insidieusement semble être assez commune dans la pleurésie syphilitique, et nul doute que si l'on considère cette forme de pleurésie comme rare, c'est parce que précisément elle a été méconnue et a pu évoluer bien souvent à l'insu du malade et du médecin.

C'est là, nous le croyons avec Chantemesse, la cause principale du silence des auteurs au sujet de la pleurésie du stade roséolique.

Enfin, pour terminer ces quelques considérations relatives au diagnostic, nous rappellerons que le traitement spécifique, quand il peut être administré dans toute sa rigueur, vient

très facilement à bout de la pleurésie dont les symptômes disparaissent presque à vue d'œil, alors que les autres médications restent sans effet. C'est là un élément de diagnostic important, de même que l'iodure sert bien souvent à faire disparaître l'équivoque dans certains cas de lésions tertiaires.

CHAPITRE V

Pathogénie. — Etiologie

Nous avons, dans le chapitre précédent, fait en partie la pathogénie de la pleurésie syphilitique, et nous l'avons distinguée des pleurésies tuberculeuses et rhumatismales. Il nous reste à préciser ici la nature intime et probable de cette affection, afin de démontrer qu'il n'y a pas seulement une simple question de coïncidence.

Nous allons donc examiner succinctement les trois points suivants :

1° La syphilis est-elle capable de produire de toutes pièces une pleurésie, par la seule action de son virus ?

2° La syphilis, en frappant la plèvre, n'y serait-elle appelée que par un état morbide antérieur ?

3° Y a-t-il purement et simplement coïncidence ?

1°) A la période secondaire, dit Chantemesse, le virus syphilitique, après avoir envahi le système lymphatique, arrive dans le sang. Dès lors, l'infection devient centrifuge : le virus est projeté dans tous les organes, et, suivant la structure des tissus, les lésions locales se développent.

Or, tandis que, à ce moment, les articulations, le périoste, les méninges même peuvent être prises, pourquoi la plèvre resterait-elle intacte ? Serait-elle donc invulnérable ?

Des histologistes distingués ont émis cette opinion : « Le

système séreux est comme un théâtre où viennent se montrer la plupart des maladies constitutionnelles et diathésiques » (1). La plèvre est donc toute désignée à l'infection syphilitique.

D'ailleurs, puisqu'on reconnaît comme spécifiques les autres manifestations de cette période, nous ne comprenons pas pourquoi on refuserait à la pleurésie la qualité d'accident syphilitique, et pourquoi aussi on lui chercherait une autre origine, alors que celle-ci se présente tout naturellement à l'esprit.

Nous pensons qu'il en est de la pleurésie comme de la néphrite syphilitique précoce, si bien décrite dernièrement par Jaccoud (2), et que, malgré l'absence de preuves expérimentales, on doit attribuer cet accident à la syphilis.

2°) Mais ceci ne nous empêche pas d'admettre que, dans certains cas, la syphilis ne semble frapper la plèvre qu'en raison de sa vulnérabilité spéciale préparée par un état morbide antérieur.

Et en effet, tel malade qui aurait été atteint autrefois d'une pleurésie ou d'une lésion thoracique quelconque présenterait un terrain très favorable à l'envahissement du virus.

Ainsi les malades des observations IX, X, XVIII, ont présenté des antécédents pathologiques qui peuvent expliquer la localisation du virus sur la plèvre qui se trouvait ainsi en état de réception.

Mais, en dehors de ces trois cas, nous n'avons rien trouvé chez les autres qui pût justifier cette localisation.

Nous en concluons que si parfois, en raison des antécédents, on peut expliquer la localisation pleurale par le fait d'un *locus minoris resistentiæ*, il y a des cas nombreux où la pleurésie

(1) Ch. Robin et Cadiat. — Art. séreuse du Dict. encycl.

(2) Jaccoud. — Semaine médicale 1894, p. 34.

peut atteindre la plèvre en dehors de toute affection antérieure.

3°) Enfin, n'y a-t-il, comme le veut Lancereaux, qu'une pure coïncidence entre l'apparition de la pleurésie et la période secondaire ?

On aurait pu penser ainsi lors des premières observations de pleurésie syphilitique, mais, devant le nombre de cas observés depuis, il est permis d'être moins exclusif.

Evidemment, la pleurésie étant une affection très commune, elle peut très bien se produire chez un individu en puissance de syphilis, tout comme elle se serait produite si ce même individu n'avait pas eu la syphilis.

Mais comment expliquer alors la prédilection marquée de cette pleurésie pour le début de la période secondaire, les particularités de son évolution et sa physionomie spéciale que l'on retrouve avec des caractères à peu près identiques dans chaque observation ?

On nous objectera que, dans les deux observations de Preetorius et de Rochon (XIV, XV), la pleurésie s'est montrée à une époque très avancée de la période secondaire, et on pourrait bien en faire un argument contre notre manière de voir. On serait plutôt tenté de rattacher ces pleurésies à des pneumopathies tertiaires. Mais, comme leurs caractères se rapprochent beaucoup plus des pleurésies du début de la période secondaire, en raison de leur légèreté et de leur disparition rapide, nous croyons qu'elles ont droit au titre d'accident secondaire.

Et puis enfin, s'il y a coïncidence, il y a une autre cause en jeu. Or, nous ne l'avons jamais découverte cette cause. Il est vrai de dire que, bien souvent, il est tout aussi difficile de la découvrir dans la pleurésie ordinaire et l'on se rabat dans ce cas sur la tuberculose.

Des auteurs des plus autorisés ont dit que : « Toute pleurésie, qui n'est ni septique, ni rhumatismale, qui ne relève pas d'une dyscrasie des humeurs ou d'une dégénérescence cancéreuse de la plèvre, est, dans l'immense majorité des cas, tuberculeuse » (1).

Mais la dyscrasie des humeurs ne comprend-elle pas la syphilis ?

Or, dans les cas observés, nous n'avons découvert que la syphilis comme infection et, en l'absence des autres signes de tuberculose et dyscrasies diverses, nous avons pensé qu'il y avait là plus qu'une coïncidence, et nous avons tout naturellement incriminé la syphilis.

Notre manière de voir nous semble du reste justifiée par cet axiome que « la pleurésie est toujours la manifestation d'une maladie générale. » (Landouzy).

En résumé, il y a place dans la pathogénie de la pleurésie pour l'infection syphilitique qui peut la produire au même titre que les autres infections.

L'étiologie de la pleurésie syphilitique découle de la pathogénie et semble résider tout entière dans l'imprégnation de l'économie par le virus.

Il reste à nous demander maintenant pourquoi un syphilitique fait une pleurésie ?

Nous avons admis que la plèvre n'était pas plus invulnérable, à la période secondaire, que les autres séreuses, et qu'elle pouvait tout aussi bien être envahie par le processus syphilitique en même temps que les surfaces cutanées et muqueuses.

Dès lors, toute cause capable de faciliter cette localisation du virus mérite de fixer l'attention.

(1). Kelsch et Vaillard. — Archives de physiologie, 1886.

D'une part, les antécédents pathologiques du côté du thorax créent en ce point un *locus minoris resistentiæ* et la pleurésie peut s'accompagner, dans ces cas, de bronchite ou de pleuro-pneumonie.

D'autre part, la prédisposition morbide, créée par l'alcoolisme, peut aussi entrer en ligne de compte. Nos observations VI et XVIII ont trait à des malades qui, par leur profession, étaient portés à faire des excès alcooliques, avoués du reste.

Enfin, il y a beaucoup de malades prédisposés par avance à fixer les germes infectieux sur tel de leurs organes, sans qu'on sache pourquoi. L'un fera une syphilis à prédominance cérébrale dès le début, l'autre fera une néphrite albumineuse. Quoi d'étonnant à ce qu'un malade fasse une pleurésie, si le virus a une prédilection spéciale pour sa plèvre, ou si la plèvre présente un terrain favorable ?

CHAPITRE VI

Anatomie et physiologie pathologique

Dans ce chapitre, nous serons très bref, et pour cause. Si, jusqu'à présent, nous n'avons pu déceler la présence de la pleurésie et lui reconnaître cliniquement des caractères spéciaux, nous n'avons pas encore eu l'occasion de constater *de visu* les altérations produites, aucune nécropsie n'ayant encore été faite.

Nous en sommes donc réduit à n'émettre que des hypothèses.

La première qui se présente est que le système lymphatique pourrait bien être sérieusement intéressé.

Jullien (1) estime, en effet, qu'au début de la syphilis, le système lymphatique tout entier offre une vulnérabilité toute spéciale, et il s'exprime ainsi :

« Nous ne saurions trop le répéter, c'est du côté de l'appareil lymphatique que doivent être dirigées les recherches, c'est dans les lésions réelles, mais à peine entrevues jusqu'ici, des organes lymphoïdes que l'on trouvera, nous en avons la certitude, la cause de faits très dignes d'attention... »

Or, on sait que la physiologie a trouvé, de nos jours, d'intimes rapports entre le système lymphatique et les membranes séreuses.

(1) Jullien. — Mal. vénér.

Quoi d'étonnant alors à ce qu'il se produise une lymphangite de la plèvre? M. le professeur Cornil n'a-t-il pas signalé des cas de lymphangites viscérales dans la syphilis? Mauriac n'a-t-il pas décrit des lymphopathies spécialisées de la période secondaire?

Cette prédilection de la syphilis, pour le système lymphatique et les séreuses, est bien mise en lumière dans notre observation XVIII, où les poussées pleurales alternent, se métastasent, si on peut s'exprimer ainsi, avec des poussées articulaires, affectant ainsi les allures d'une infection rhumatismale. Il semblerait, dans ce cas, que le virus syphilitique se soit localisé de préférence sur ces deux systèmes de séreuses. Ces phénomènes trouvent bien, ce nous semble, une explication logique dans l'infection du système lymphatique.

D'autre part, l'hypothèse d'une éruption à la surface de la plèvre, analogue aux éruptions concomitantes des régions cutanées et muqueuses, a été émise par Chantemesse et Widal.

Quant à l'épanchement, on n'a fait qu'une seule fois une ponction exploratrice, et l'on a extrait un liquide citrin, franchement séreux, qui ne laissait aucun doute sur la nature de l'exsudat.

Cet épanchement n'a jamais été noté comme très abondant. Il ne semble pas avoir dépassé 1 litre dans l'observation de M. Raynaud, et il a été bien au-dessous de ce volume dans les autres cas.

Aussi n'a-t-on pas observé de déplacement du cœur ni même de déformation thoracique bien accentuée. Sa résorption s'est faite d'une façon rapide, et il ne semble pas s'être produit d'adhérences.

CHAPITRE VII

Pronostic

La pleurésie syphilitique ne semble pas être une lésion bien grave en raison de la fugacité de ses symptômes et de sa terminaison fréquente par une guérison complète avec retour à l'intégrité. Il est bon cependant de faire des réserves tant au point de vue des récives possibles que de la persistance des frottements pleuraux.

De plus, il faut porter un pronostic spécial pour la cause de la pleurésie, la syphilis trahissant ainsi, par sa localisation sur les séreuses, une infection très virulente.

Il faut considérer aussi qu'elle constitue une complication sérieuse, puisqu'elle s'accompagne de fièvre, de douleurs, d'inappétence, et qu'elle oblige le malade à garder le lit. Cependant, la lésion est généralement bénigne et, dans les cas d'épanchement, ne provoque jamais un épanchement capable de gêner les fonctions du poumon et du cœur et de nécessiter la thoracentèse.

CHAPITRE VIII

Traitement

Le traitement s'adresse à deux ordres d'indications : la diathèse et la lésion locale.

Contre la diathèse, le traitement par excellence, à cette période, c'est le mercure sous toutes ses formes. On l'emploie en pilules, en solution, en injections sous-cutanées, en frictions, suivant les susceptibilités particulières de chaque malade.

Généralement, les malades atteints de pleurésie paraissent fortement touchés par la vérole et sont sous la dépendance d'un mauvais état général : leur tube digestif notamment semble mal s'accommoder de l'emploi des mercuriaux par la voie stomacale, d'autant plus que, dans ce cas, un traitement intensif est de rigueur.

Il faut donc, pour agir vite et bien, s'adresser à une autre voie.

Chantemesse préconise les injections sous-cutanées de sublimé dans la région dorsale avec X gouttes de la solution suivante :

Eau distillée	10 gr.
Sublimé	0 gr. 10
Chlorure de sodium	0 gr. 20
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 05

D'après l'auteur, ce traitement, ne provoquant pas de dou-

leurs notables et n'exposant pas à de la stomatite, réalise des qualités de sûreté et de puissance véritablement excellentes.

Fré, de Bordeaux, et Baccelli ont préconisé dernièrement, pour obtenir une action rapide, les injections intra-veineuses de sublimé, mais cette pratique n'est pas exempte de dangers.

Une bonne méthode, qui a fait maintes fois des preuves entre les mains de notre maître, consiste dans les injections sous-cutanées d'*huile grise*, dont la formule a été ainsi établie par MM. Brousse et Gay :

Mercure purifié	20 gr.
Lanoline	5 gr.
Vaseline liquide	35 gr.

1 cent. cube contient 0 gr. 50 de mercure. On injecte 1/10 de seringue, soit 0,05 centigr. tous les huit jours.

Nous préférons de beaucoup le simple traitement par les frictions mercurielles avec l'onguent napolitain, à la dose de 4 gr. par jour, alternativement dans les aisselles et les aines, que le malade peut faire lui-même, et qui constitue une méthode énergique, rapide et sûre. En lui joignant un gargarisme chloraté, on évite la production de la salivation.

C'est le traitement qui a été employé chez deux de nos malades de Montpellier qui supportaient mal le mercure pris à l'intérieur et qui se sont très bien trouvés des frictions.

Si l'on pouvait administrer le mercure par la voie stomacale, on pourrait faire usage des pilules de *gallate* que le D^r Brousse emploie fréquemment dans son service et qui présentent sur les autres sels de mercure l'avantage de produire le maximum d'effet avec le minimum d'accidents. Aussi permet-il de faire absorber le mercure à plus forte dose, même chez des malades supportant mal des petites doses de sublimé ou de protoiodure.

La deuxième indication, qui est fournie par la lésion pleu-

rale, sera parfaitement remplie par l'iodure de potassium pris à l'intérieur dans une potion à la dose de 2 gr. par jour et par des applications extérieures de teinture d'iode en badi-geonnages.

Le vésicatoire ne nous semble pas d'une bien grande efficacité, et nous lui préférons de beaucoup les ventouses qui ont une action réelle sur le point de côté et la dyspnée. Enfin, il ne faut pas négliger de soutenir les forces du malade par des toniques et de prescrire le lait.

Sous l'influence de cette médication iodo-mercurielle, les phénomènes généraux s'amendent très vite et la guérison s'obtient dans un laps de temps relativement très court.

CONCLUSIONS

I.—Il existe une pleurésie à la période secondaire de la syphilis qui, par des caractères spéciaux, paraît être produite par l'infection syphilitique, car elle se montre sans autre cause appréciable que la syphilis récente.

II.—Cette pleurésie survient, le plus souvent, au début de la période secondaire, quelquefois plus tard, mais *toujours* au cours d'une éruption exanthématique.

III.—Elle peut être sèche ou avec épanchement et siéger d'un seul ou des deux côtés, mais toujours aux bases.

IV.—Elle se manifeste tantôt par des symptômes bruyants, tantôt par aucun symptôme apparent, si bien qu'elle peut passer inaperçue si l'on n'est prévenu de la possibilité de son existence, une légère fièvre pouvant seule éveiller l'attention.

V.—Elle peut évoluer en une fois, et très rapidement, ou affecter une forme oscillante.

VI.—Elle peut s'accompagner d'arthropathies.

VII.—Samarche est ordinairement rapide, surtout sous l'influence du traitement spécifique, et elle peut disparaître en quelques jours sans laisser de traces ou avec de légers frottements.

VIII.—Le traitement par les préparations mercurielles et l'iodure fait disparaître rapidement les frottements et l'épanchement, alors que les autres moyens échouent.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 juillet 1894.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
J. GERARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 juillet 1894.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Chantemesse et Vidal.**— Société médicale des Hôpitaux, avril 1890.
Chantemesse.— Bulletin médical, août 1891.
Chantemesse.— Presse médicale, juin 1894.
Talamon.— Médecine moderne, septembre 1891.
Lancereaux.— Union médicale, 1891.
Preetorius.— Annales et Bulletin de la Soc. de méd. d'Anvers, septembre 1891.
V. Nikulin.— Berliner Klinischen Wochenschrift, 1891.
Rochon.— Thèse de Paris, 1893.
Raynaud.— Bulletin médical de l'Algérie, 10 fév. 1894.
Casset.— Bulletin médical de l'Algérie, 10 juin 1894.
Lyon.— Presse médicale, juin 1894, p. 203.
Dieulafoy.— Gazette hebd. de méd. et de chir., 1889.
Dieulafoy.— Manuel de pathologie interne, 1894.
Jullien.— Maladies vénériennes.
Lang.— Vorlesungen über Patholog. und Therapie des Syphilis, 1886.
Ricord.— Traité des maladies vénériennes.
Kelsch et Vaillard.— Archives de Physiologie, 1886.
Netter.— Traité de Médecine, Charcot et Bouchard, art. Pleurésie, 1893.
Robin et Cadiat.— Dict. Encycl., art. Séreuse.
Brousse et Gay.— Gallate de mercure. Montpel. méd., 1893, p. 717-719.
Sélinac.— Traitement de la syphilis par le gallate de mercure.
— Thèse de Montpellier, 1893.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !